

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juin 1891, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC SOULIÉ

Né à Figeac (Lot), le 12 juin 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris et du Bureau Central

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES PROLAPSUS DU RECTUM
(INDICATIONS OPÉRATOIRES)

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } CAMPENON, BRUN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS **242**

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juin 1891, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC SOULIÉ

Né à Figeac (Lot), le 12 juin 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris et du Bureau Central

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES PROLAPSUS DU RECTUM (INDICATIONS OPÉRATOIRES)

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } CAMPENON, BRUN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	REGNAULD.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULEBÈNE
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHIER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BILLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albe t).
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUYLY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées, comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni implication.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

LE PROFESSEUR DAMASCHINO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

PROLAPSUS DU RECTUM

(Indications opératoires)

AVANT-PROPOS

Le prolapsus du rectum n'est pas, à dire vrai, une affection commune, et Allingham, dans son *Traité des maladies du rectum*, n'en a relevé que cinquante-trois cas sur quatre mille affections diverses de cette portion du gros intestin. Sa fréquence est plus grande aux âges extrêmes de la vie, alors que les tissus n'ont pas encore acquis ou ont déjà perdu leur tonicité normale. Mais, il n'intéresse alors que la muqueuse seule, et dans ces cas, chez l'enfant, il cède presque toujours assez facilement à des précautions hygiéniques et à une thérapeutique peu compliquée ; chez le vieillard, il se produit le plus souvent à la suite de maladies générales contre lesquelles la médecine est à peu près impuissante et auxquelles devra s'adresser le traitement.

C'est donc surtout chez l'adulte que le traitement du prolapsus du rectum acquiert une réelle importance, parce qu'à cet âge la muqueuse prolabée a fini par entraîner les autres tuniques, et que le prolapsus est devenu total. Aussi médecins et chirurgiens ont depuis longtemps cherché à guérir cette douloureuse infirmité, et les travaux, pas plus que les méthodes de traitement, ne manquent sur ce sujet.

Mais les anciens chirurgiens, forcés par l'imperfection et le petit nombre de leurs ressources de s'en tenir aux seules opérations d'urgence, n'avaient appliqué au traitement du prolapsus du rectum qui pour qu'il soit gênant et douloureux, compromet rarement l'existence, que des moyens palliatifs plutôt que curatifs.

Grâce au chloroforme, grâce surtout à l'antisepsie, la chirurgie moderne a pu, sur ce point comme sur tant d'autres, être plus audacieuse, plus heureuse aussi, et depuis quelque temps, surtout dans ces trois dernières années, la question a totalement changé de face : où l'on ne pouvait autrefois que diminuer le mal, on tente maintenant, avec succès parfois, de le guérir, et l'on ne peut s'empêcher de songer, tant le parallèle s'impose, à l'antique bandage herniaire si avantageusement détrôné par la cure radicale,

Malgré les nombreux ouvrages déjà existants, tels, pour ne citer que les derniers en date, que l'excellente thèse de Lyot (1890), celle de Lefèvre (1891), et la récente publication de J. A. Gauthier (*Gazette des hôpitaux*, 2 mai 1891), auxquels nous ferons de nombreux emprunts au cours de ce travail, il nous a paru utiel,

en laissant volontairement de côté les moyens médicaux peu ou point efficaces, de réunir les méthodes de traitement dont dispose actuellement le chirurgien, en nous attachant d'une façon toute particulière à rechercher les conditions qui devront faire choisir telle ou telle méthode en présence de telle ou telle variété de prolapsus.

Nous consacrerons donc, de nos deux premiers chapitres, l'un à l'anatomie du rectum, ses rapports et ses moyens de contention, l'autre à l'étude de la pathogénie des divers prolapsus ; un troisième comprendra la description des principaux procédés opératoires ; enfin, dans un quatrième chapitre, qui ne sera, en quelque sorte, que la résultante des précédents, nous étudierons avec quelques détails les indications opératoires.

Que notre maître M. le Dr Gérard Marchant, qui a bien voulu, après tant d'autres témoignages d'aménité, nous inspirer le sujet de cette thèse et nous soutenir, pour la mener à bonne fin, de ses encouragements et de ses conseils, veuille bien recevoir ici nos remerciements les plus sincères et l'assurance de notre entier dévouement.

Admis successivement à étudier dans les hôpitaux la dermatologie avec M. Hallopeau, la clinique médicale avec MM. A. Renault, Oulmont et Brissaud, la chirurgie avec MM. Richelot Reclus et Chaput, avec M. le Dr Champetier de Ribes, dans le service duquel nous avons fait un séjour trop court à notre gré, la pratique des accouchements, nous avons pu bénéficier journellement de leurs savantes leçons et apprécier leur bienveillante sympathie ; aussi sommes-nous heureux de pou-

voir leur présenter le faible hommage de notre profonde gratitude.

Nous avons eu en outre l'assez rare bonne fortune, de remplir les fonctions d'externe au bureau central durant deux années, au cours desquelles nous avons pu apprendre des jeunes maîtres chargés de ce service les secrets de la thérapeutique usuelle et de la chirurgie journalière ; nous n'aurons garde d'oublier et leurs excellents conseils et leur extrême bienveillance.

M. le D^r Tisné, dont les témoignages d'amitié ne nous ont pas fait défaut pendant toute la durée de notre internat auprès de lui, voudra bien recevoir l'assurance de notre sincère attachement.

Que M. le professeur Le Dentu daigne agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Le prolapsus du rectum faisant partie, au même titre que les hernies, de la classe des déplacements morbides, son existence implique naturellement deux ordres de causes : d'abord une cause passive, l'insuffisance des moyens de contention de l'intestin ; d'autre part, une cause active ; une force expulsive tendant à le chasser hors du bassin.

De la force expulsive nous ne dirons rien sinon, qu'elle est le plus souvent normale, et réside dans la pression intra-abdominale augmentée encore dans des proportions très considérables par les efforts de défécation.

Dans quelques cas rares on peut attribuer le prolapsus à l'entraînement mécanique de la muqueuse par un polype, ou encore à la présence d'une tumeur intra-abdominale volumineuse, kyste de l'ovaire ou myome utérin. Mais dans ces cas particuliers, d'un diagnostic le plus souvent facile, l'indication du traitement sera nette et nous ne croyons pas utile d'y insister.

C'est donc à remédier aux vices de suspension du rectum que l'on devra spécialement s'attacher, et il nous paraît indispensable, sans étudier en détail son anatomie, que l'on trouvera dans les traités spéciaux, de rap-

peler en quelques mots quels sont ses moyens de fixité.

On en distingue deux groupes, le groupe supérieur ou intra-pelvien, et le groupe inférieur ou périnéal.

Le groupe supérieur est constitué par le péritoine qui, se réfléchissant autour du rectum dans sa partie supérieure, le fixe d'une part à la face postérieure de la vessie chez l'homme, de l'utérus et du vagin chez la femme, et d'autre part lui forme un petit mésentère, le *mésorectum*, qui l'applique à la face antérieure du sacrum.

Le groupe inférieur se compose des divers plans musculo-aponévrotiques que traverse l'intestin avant d'aboutir à l'anus; ce sont en première ligne le releveur de l'anus qui envoyant à la tunique musculuse un certain nombre de fibres d'insertion, constitue un des principaux moyens de fixité; puis viennent les aponévroses périnéales, le sphincter interne et le sphincter externe qui forment comme autant de boutonnières exactement fermées à l'état normal et s'opposant ainsi à l'issue du rectum.

Nous verrons dans le prochain chapitre par quelles modifications pathologiques de ces divers moyens de fixité peut s'établir le prolapsus; mais il est encore un point de l'anatomie du rectum qui n'est pas sans importance au point de vue de l'intervention opératoire: nous voulons parler de ses rapports avec le péritoine.

Le rectum présente cette particularité qu'il est dépourvu de péritoine dans une certaine partie de son étendue, ce qui permet d'aborder cette portion de l'intestin sans intéresser la grande séreuse abdominale et en restant ainsi à l'abri des accidents qui viennent si souvent compliquer son ouverture.

Le péritoine descend plus bas en avant qu'en arrière, de telle sorte que la portion extra-péritonéale du rectum est plus longue de 6 centimètres en arrière qu'en avant ; mais il importe surtout de savoir, comme donnée précise, que la distance, mesurée avec soin, qui sépare l'anus du point où le péritoine vient recouvrir la paroi postérieure du rectum est de 12 centimètres en moyenne ¹. La longueur totale du rectum étant de 20 à 25 centimètres, on pourra donc agir sur plus de la moitié de son étendue.

Il serait d'ailleurs possible, en cas de nécessité, de se donner du jour en décollant avec précaution la séreuse qui est unie à la tunique musculuse du rectum par une couche de tissu cellulaire lâche et assez facile à désagréger.

1. Tillaux. *Traité d'anatomie chirurgicale*.

CHAPITRE II

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la statique du rectum est assurée par deux ordres de points d'appui : le méso-rectum et le périnée. Le prolapsus peut se produire par suite de l'insuffisance, soit de l'un ou de l'autre de ces points d'appui, soit des deux à la fois.

C'est cependant au groupe intra-pelvien que paraît revenir le rôle le plus important, et la résistance des aponevroses et des muscles périnéaux ne semble pas indispensable pour maintenir le rectum dans la cavité abdominale : certains malades, en effet, présentent un notable relâchement des sphincters à la suite de la dilatation forcée de l'anus, ou même leur destruction partielle ou totale comme on l'observe après l'opération des grandes fistules, la rectotomie linéaire, l'ablation de néoplasmes de la portion inférieure de l'intestin, ou encore consécutivement aux suppurations pelvi-rectales supérieures. Ce relâchement ou cette destruction ne sont pas suivis de chute de l'intestin, que le mésorectum seul suffit à maintenir en place.

Au contraire, voit-on quelquefois des prolapsus s'établir avec un périnée intact, et des sphincters très suffisamment contractés, dont on ne peut attribuer la cause qu'à l'insuffisance primitive du groupe intra-pelvien.

Le plus souvent d'ailleurs le prolapsus du rectum se présente chez des sujets affaiblis, soit par l'âge, soit par

de longues maladies, chez des femmes dont tous les organes abdominaux ont été entièrement modifiés dans leurs rapports par plusieurs grossesses successives : tous les ligaments sont alors relâchés, le périnée est distendu, flasque, bombé, et l'on voit la déviation de l'utérus et même son issue au dehors s'associer à la chute de l'intestin.

Dans ces cas, et ce sont les plus fréquents, il est bien certain que les deux ordres de moyens de suspension du rectum participent également à la pathogénie du prolapsus, et que l'on doit les incriminer tous les deux au même titre.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, il est vrai, on se trouve en présence d'un prolapsus assez volumineux, mais rentrant de lui-même après chaque selle, ou tout au moins très facilement réductible. Le sujet est jeune, vigoureux, doué d'une musculature puissante, avec une paroi abdominale ferme, qui ne permet pas de supposer, vu l'absence de toute autre cause, un relâchement des replis péritonéaux ; d'autre part, le périnée est résistant, fortement déprimé, et le doigt introduit dans l'anus est énergiquement serré par un sphincter intact.

A quelle cause attribuer en pareil cas le prolapsus, sinon à la trop grande puissance musculaire du patient, doué d'un diaphragme et de muscles abdominaux qui ne trouvent pas dans les moyens de suspension du rectum une résistance en proportion avec leur force ?

Le prolapsus du rectum est donc toujours le résultat d'un défaut d'équilibre entre l'effort thoraco-abdominal et la résistance pelvi-périnéale. Il nous semble par con-

séquent logique de reconnaître, avec M. Gérard-Marchant, à côté des prolapsus ordinaires que l'on peut appeler *de faiblesse*, des prolapsus *de force*, dont le malade de l'observation n° 4 est un frappant exemple.

CHAPITRE III

Le traitement du prolapsus du rectum est assez simple chez l'enfant ; à cet âge, en effet, cette affection n'est qu'accidentelle, aiguë, si l'on peut s'exprimer ainsi, et n'a pas encore de tendance à la récurrence ; de plus, elle ne porte le plus souvent que sur la muqueuse seule, et sa gravité est partant beaucoup moindre : éviter avec soin la constipation, ne pas laisser l'enfant séjourner longtemps à la garde-robe et lui interdire les efforts violents et prolongés de défécation, tels sont les moyens les plus simples et en même temps les plus efficaces à lui opposer.

Mais à un âge plus avancé, lorsqu'on a laissé s'établir un état chronique, que l'intestin s'est accoutumé à faire issue en totalité au moindre effort, le prolapsus devient une affection essentiellement récidivante, et les moyens imaginés pour le combattre ne se comptent plus.

Laissant de côté le traitement palliatif qui reste le plus souvent, pour ne pas dire toujours, inefficace, nous ne nous occuperons ici que du traitement curatif ; encore ne ferons-nous que donner un résumé rapide des principaux procédés, renvoyant pour les détails de technique opératoire à l'ouvrage de Lyot (1), très complet à cet égard.

1. Lyot. Th. de Paris, 1890.

On peut diviser les procédés chirurgicaux en deux classes : ceux qui s'adressent à la portion d'intestin prolabée et ceux qui visent le rectum et ses moyens de fixité.

Parmi les premiers, les uns, raies de feu, cautérisation par les acides, abrasion de la muqueuse (Hey), se proposent de déterminer la formation d'adhérences profondes capable d'empêcher l'issue des parties en dehors de l'anüs ; les autres ont pour but de supprimer tout ou partie du prolapsus : ce sont, pour ne citer que les principaux, ceux de Mikulicz et de M. Paul Segond.

Mikulicz, après avoir traversé l'intestin pour le maintenir au dehors par deux anses de fil placées à 1 ou 2 centimètres de l'anüs, incise couche par couche la moitié antérieure du prolapsus jusqu'à la séreuse ; celle-ci est largement ouverte et, après avoir constaté que le cul-de-sac péritonéal antérieur ne contient pas d'hydrocèle, on suture ensemble les deux feuillets du péritoine ; on sectionne ensuite, toujours couche par couche, le cylindre interne, que l'on réunit à la soie au cylindre externe. Même technique et mêmes précautions pour la moitié postérieure du prolapsus que l'on réduit, l'opération terminée, après l'avoir saupoudré d'iodoforme.

Le procédé du Dr P. Segond est beaucoup plus simple et plus rapide : il consiste à diviser le cylindre prolabé en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, en plaçant de chaque côté deux longues pinces voisines et parallèles qui aboutissent au voisinage de l'anüs et entre lesquelles on sectionne à sec la tumeur avec les ciseaux.

Puis on saisit tour à tour, transversalement cette fois,

chaque lambeau à sa base, dans une autre pince, et l'on sectionne en plaçant un point de suture après chaque coup de ciseaux.

Les procédés qui s'adressent au rectum et à ses moyens de fixité sont nombreux, et il est indispensable, pour la clarté de l'énumération, d'en distinguer deux sortes :

1° **Procédés ayant pour but de rétrécir l'anus et la partie inférieure du rectum.**

2° **Procédés de fixation (Rectopexie, Colopexie, Recto-coccypexie).**

A. — *Dupuytren* : excision avec les ciseaux d'un certain nombre des plis rayonnés qui entourent l'anus de façon à former autant de petites plaies elliptiques qui, par suite de la rétraction cicatricielle, déterminent le rétrécissement de l'anus.

B. — *Roux et Robert*. — Deux incisions profondes, partant des côtés de l'anus, à 1 centimètre environ de l'orifice, vont se rejoindre dans la direction du coccyx en forme de V renversé. Le sphincter mis à nu est excisé à sa partie postérieure, et on affronte par des points de suture les deux lèvres de la solution de continuité.

C. — *Recto-périnéorrhaphie*. — Cette opération consiste à rétrécir à la fois l'anus et l'ampoule rectale en enlevant sur la paroi postérieure (Procédé de Duret), ou antérieure (procédé de Schwartz) du rectum un lambeau muqueux triangulaire dont la base comprend une partie du sphincter, et à réunir les bords du triangle par des sutures superficielles et profondes (1) :

D. — *Lange (de New-York)* : le coccyx étant réséqué, le

1. Ce procédé a été appliqué tout récemment avec succès en

rectum est mis à découvert, et on dispose à sa partie postérieure une série de sutures étagées dont la striction forme un bourrelet longitudinal qui vient faire saillie dans la lumière de l'intestin dont le calibre est ainsi notablement diminué.

2° **Procédés de fixation.**

A. — *Rectopexie*. — La rectopexie postéro-inférieure imaginée et pratiquée par le professeur Verneuil comprend trois temps (1).

1° Direction et excision d'un lambeau cutané triangulaire destiné à mettre à jour la face postérieure du rectum dans sa partie inférieure et à retrancher en même temps une certaine quantité du sphincter anal.

2° Fixation de la paroi postérieure du rectum de chaque côté du pli interfessier à l'aide de fils.

3° Rapprochement par une série de sutures des bords de la plaie consécutive à l'excision de la peau et du sphincter.

Le deuxième temps de cette opération en constituant le point le plus important, nécessite quelques explications :

On place, en faisant cheminer l'aiguille *transversalement* à travers la paroi postérieure du rectum, *sans intéresser la muqueuse*, quatre crins de Florence étagés et éloignés les uns des autres de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 entre le sphincter et la pointe du coccyx.

Angleterre par M. James Bell pour un cas de prolapsus total. *Annals of Surgery*. May 1891. *Opération for complète prolapsus*. Voir Obs. VI.

1. Lyot, *loc. cit.*



FIG. 1

Cette figure ainsi que la suivante ont déjà été publiées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*. M. le Dr Gérard-Marchant a eu l'extrême obligeance d'en mettre les planches à notre disposition.

Soulié

Ces fils étant ainsi placés, on fait faire à chacune de leurs extrémités un second trajet sous la peau pour aller enfin sortir, ainsi que le montre la figure, de chaque côté du triangle excisé, en dehors et en haut (les traits pointillés indiquent le trajet sous-cutané des fils).

Cela fait, on n'a plus qu'à nouer deux à deux, à droite d'abord, puis à gauche de l'incision, les extrémités des fils qui forment ainsi des anses en U, dont la striction, en même temps qu'elle rétrécit le rectum, l'attire en haut et le fixe au sillon interfessier.

B. — *Colopexie*. — Cette opération pratiquée par M. Jeannel (de Toulouse) diffère entièrement de la précédente ; elle consiste essentiellement à attirer le côlon en haut et à le fixer solidement à la paroi abdominale.

Pour cela, après avoir pratiqué dans la fosse iliaque gauche l'incision de Littré, M. Jeannel attira à lui le gros intestin de façon non seulement à réduire le prolapsus, mais encore à entraîner en haut l'anوس qui devint infundibuliforme. Le côlon fut fixé à la plaie et, comme l'affection était compliquée de rectite avec ulcération de la muqueuse, on pratiqua dans une deuxième séance un anus artificiel.

Dix mois plus tard, la rectite et les ulcérations ayant disparu, on fit la cure de l'anوس iliaque et la guérison fut désormais complète.

Mais il n'est pas toujours indispensable de pratiquer un anus contre nature, et M. Jeannel pense que l'on pourrait dans bien des cas se contenter de fixer le côlon à la plaie à la condition de provoquer à ce niveau la formation d'adhérences très résistantes. Cependant une

tentative de ce genre faite par le professeur Verneuil n'a donné qu'une amélioration légère, résultat insuffisant pour justifier une pareille intervention.

C. — *Recto-coccy-pexie*. — Le procédé de recto-coccy-pexie appartient à M. Gérard-Marchant ; il consiste dans la diminution de longueur du rectum, sa fixation en un point très résistant, le tissu fibreux précoccygien, et le resserrement de l'orifice anal.

Chez son premier opéré, celui qui fit le sujet de sa communication à la Société de Chirurgie (séance du 31 décembre 1890) et dont l'histoire est racontée dans l'observation I, ce chirurgien avait appliqué le procédé du professeur Verneuil en lui faisant subir les modifications suivantes :

1° Les fils fixateurs, au lieu de cheminer *transversalement* dans l'épaisseur des tuniques du rectum, sont placés *dans le sens vertical* (voir fig. 2), et leur striction détermine des plicatures transversales que diminuent en même temps le calibre et la longueur du rectum.

2° Les extrémités de ces fils, au lieu de traverser la peau pour être nouées à l'extérieur, sont fixées au tissu fibreux pré-coccygien et donnent ainsi au rectum un point d'appui plus solide et plus élevé que dans la recto-pexie postéro-inférieure.

Depuis cette époque, M. le D^r Gérard-Marchant a apporté à son procédé des perfectionnements tels qu'il l'a fait entièrement sien sans lui conserver aucun point de commun avec celui du professeur Verneuil ; il lui a donné le nom de *rectococcy-pexie*.

Nous allons décrire avec détails sa technique opératoire.



V. DJETERRE sc

FIG. 2

toire en tenant compte des dernières modifications qu'il y a apportées.

Préparation du malade. — Bien que beaucoup de chirurgiens professent que l'antisepsie intestino-rectale est un mythe, il est bon de soumettre le malade qui doit subir l'opération à un régime et à des soins préparatoires.

Le régime consistera, après avoir purgé le malade l'avant-veille, à ne lui donner que des aliments susceptibles de laisser le moins possible de résidus : lait, œufs, crèmes, devront former le fond de l'alimentation pendant les 48 heures qui précèdent l'intervention.

Il sera utile de prescrire au malade du naphtol à la dose de 0,50 centigrammes avant chaque repas, ou du salol à la dose de 1 gramme matin et soir ; ces agents seront associés à l'extrait thébaïque (0,05 à 0,15 centigrammes dans les 24 heures), de façon à amener la rareté des garde-robes.

Soins locaux. — La veille de l'opération un lavement purgatif sera administré pour débarrasser entièrement le rectum des matières qu'il peut contenir encore ; on fera après ce lavement une large irrigation, que l'on renouvellera le matin même de l'opération, avec de l'eau boriquée saturée.

Pendant toute la durée de l'opération un tampon de gaze iodoformée retenu par un fil s'opposera à l'issue des produits intestinaux.

Le malade sera rasé la veille et un pansement humide (compresses de Bœckel) sera appliqué sur la région à opérer.

Nous passons sur la chloroformisation, sur la nouvelle toilette antiseptique préparatoire, et nous place-
rons tout de suite le malade dans l'attitude qu'il doit
présenter.

Attitude du sujet. — La position sera celle de la taille, mais il est indispensable qu'au-dessous du sacrum soit placé un coussin résistant (sac de plâtre ou de sable), élevé de telle sorte que toute la région du siège émerge au-dessus du plan du lit; le chirurgien a ainsi sous les yeux, libre de tout contact, le champ opératoire.

C'est dans cette attitude que nous allons dorénavant considérer notre sujet; l'orifice anal occupe un plan supérieur et antérieur par rapport à la pointe du coccyx qui constitue la limite inférieure. Aussi lorsqu'il sera question d'un fil supérieur ou inférieur, ce sera toujours par rapport à ces deux limites extrêmes. On comprendra, lorsque nous dirons « le point inférieur », que c'est du point le plus rapproché du coccyx qu'il s'agit.

Instruments. — L'instrumentation est des plus simples: bistouris, pinces à disséquer simples ou à griffes, trois ou quatre pinces à forcipressure, aiguille de Reverdin courbe (1).

C'est donc l'instrumentation usuelle et banale; cependant, comme il est difficile de faire évoluer en avant du coccyx une aiguille de Reverdin à grande courbure, il sera bon d'avoir sous la main une aiguille ordinaire

1. Une pince coupante sera toujours à la portée de l'opérateur dans le cas où pour se donner plus de jour il jugerait nécessaire la résection de tout ou partie du coccyx.

forte, à petite courbure, qui sera manœuvrée avec un porte-aiguille. Ainsi sera singulièrement facilitée et assurée la traversée coccygienne des fils.

Le procédé de recto-coxy-pexie comprend plusieurs temps :

1^o Incision cutanée.

2^o Découverte du rectum et libération précoccygienne.

3^o Plicatures transversales du rectum et suture ou rétrécissement de l'anus en bourse.

4^o Fixation recto-coccygienne (ou sacrée).

5^o Fermeture de la plaie.

1^o *Incision cutanée.* — Dans les cas où il existe un relâchement, une flaccidité de la peau ano-coccygienne, il est tout indiqué de lui faire subir une diminution en supprimant une partie des téguments (incision losangique de Verneuil ou elliptique ; prolapsus de faiblesse).

Dans d'autres cas où le raphé ano-coccygien a conservé ses formes, sa fixité, sa résistance, il n'est pas nécessaire de faire subir une perte de substance à la peau (prolapsus de force).

Quoiqu'il en soit, l'incision commence immédiatement en arrière de l'anus, découvrant le sphincter externe sans intéresser la filière anale pour aboutir à deux centimètres au-dessus de la pointe du coccyx.

Dans le cas d'incision elliptique ou losangique, le raphé sera supprimé ou sera compris dans le lambeau de peau enlevé ; mais lorsque l'incision est rectiligne, dans le cas où chez un sujet jeune l'opérateur vou-

dra respecter absolument la forme anatomique, l'incision portera immédiatement en dehors du raphé.

Cette incision comprend : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, un tissu musculo-aponévrotique immédiatement en rapport avec la partie postérieure du rectum.

Dans ce temps de l'opération il y a à pincer deux ou trois artérioles sans importance.

Le tégument largement ouvert, il est bon, avec les deux index, de dépouiller la face postérieure du rectum.

Pour maintenir la brèche béante et ne pas être gêné par l'application d'écarteurs, ce qui diminue le jour et multiplie les aides, on passe deux fils de soie à travers les lèvres de l'incision, dans leur partie moyenne, et, par une traction de ces fils exercée par les aides qui tiennent les jambes, le champ opératoire est à découvert.

2^o Découverte du rectum et libération précoccygienne. —

Les deux index ont préparé tout à l'heure la mise à nu du tiers postérieur du rectum ; il est bon maintenant, avec une spatule mousse ou un grattoir, de rendre nette cette paroi rectale en séparant de la couche celluleuse les débris fibreux ou musculaires qui se confondent avec elle.

Lorsque la paroi rectale apparaît blanchâtre dans la portion qui avoisine le coccyx musculaire dans la partie inférieure, on juge que ce travail de dégagement est suffisant. C'est alors qu'il reste à découvrir la face antérieure du coccyx ; on se sert pour cette manœuvre du doigt, des ciseaux qui devront être prudemment dirigés, leur pointe

affleurant toujours au coccyx et surtout d'une rugine mousse qui facilite beaucoup ce travail de séparation.

3° *Plicature transversale du rectum et suture ou rétrécissement de l'anus en bourse.* — Les deux temps véritablement importants de la recto-coccy-pexie sont : la plicature du rectum, le rétrécissement de l'anus en bourse, et la fixation recto-coccygienne.

Pour bien faire la plicature transversale du rectum il est utile, sinon indispensable, d'introduire l'index gauche dans le conduit ano-rectal, la face palmaire du doigt regardant l'opérateur.

Cette manœuvre présente l'inconvénient d'exposer à souiller la plaie opératoire ; mais comme le passage de tous les fils va être effectué sans que le chirurgien ait à changer d'attitude, comme la présence du doigt rectal facilite et rend certaine la traversée des fils sans intéresser la muqueuse, nous considérons cette précaution comme absolument indispensable ; le chirurgien n'oubliera d'ailleurs pas qu'il ne doit pas continuer son opération sans avoir soumis de nouveau son doigt à une minutieuse antiseptie (1).

En quoi consiste ce passage des fils ? Le plus haut possible, au-dessus même du coccyx, le doigt rectal entraînant en bas la partie postérieure du rectum, le chirurgien passe avec une aiguille de Reverdin courbe des fils de soie.

Le fil de soie doit être moyen ; il est supérieur au

1. Ni un ballon rectal, ni le doigt d'un aide, n'agiraient aussi sûrement pour faciliter la traversée rectale.

catgut en raison de sa résistance et de la continuité de son action, ici indispensable. Les trois opérations faites par le Dr Gérard Marchant ont d'ailleurs péremptoirement démontré que l'usage de cette soie ne présentait que des avantages; elle reste inoffensive là, comme dans la cavité abdominale (ligature à la soie des pédicules de kystes de l'ovaire ou de myomes utérins).

L'aiguille pique la tunique celluleuse; sa pointe chemine alors verticalement dans l'épaisseur des tuniques sans intéresser la muqueuse et vient ressortir après une traversée d'un centimètre ou d'un centimètre et demi, en un point inférieur, dans le même plan vertical; le fil est saisi, l'aiguille retirée; un point de suture symétrique est placé sur l'autre partie latérale du rectum.

Les chefs de ces fils sont retenus par des pinces à forcipressure. Un second étage de sutures est placé au-dessus du premier et on multiplie ces étages de sutures suivant les besoins, c'est-à-dire suivant la flaccidité du rectum, suivant qu'il bombe plus ou moins en arrière.

C'est pour faciliter cette diminution de hauteur du rectum à laquelle va aboutir la striction de ces fils que l'on peut suivant les indications particulières réséquer le coccyx en totalité ou en partie de façon à agrandir le champ opératoire qui, à l'état normal ne comporte pas plus de 4 à 5 centimètres.

Rien n'est plus facile que de serrer ces fils : pendant qu'un aide, avec l'extrémité d'une sonde cannelée, repousse la paroi rectale en dedans de façon à adosser les parties, le chirurgien serre le fil; ainsi est plicaturée

et diminuée dans sa hauteur la face postérieure du rectum, diminution de hauteur que le chirurgien pourra augmenter à son gré suivant les étages de plicatures. Un des bouts des fils est sectionné de façon à ne conserver de chaque côté qu'une des extrémités.

C'est alors que le chirurgien pratique le rétrécissement de l'orifice onal ; rappelons que la filière ano-rectale est découverte à sa partie postérieure, la muqueuse et la musculieuse étant intactes.

On rétrécit suivant les besoins le quart ou la moitié postérieurs de l'anus par une suture en bourse pratiquée de la façon suivante : l'aiguille courbe de Reverdin traverse une portion de la musculieuse, sa pointe ressortant à l'extérieur ; une seconde portion de cette musculieuse est de même embrochée transversalement, et ainsi se continue cette suture en bourse ; il ne reste plus qu'à serrer le fil pour voir l'anus se fermer dans son quart ou sa moitié postérieurs à la manière de ces bourses anciennes dont un lien commande l'ouverture.

4° *Fixation recto-coccygienne (ou sacrée).* — La fixation recto coccygienne devient simple : le chef droit ou gauche du fil le plus voisin du coccyx est passé à travers le tissu fibreux précoccygien ; on noue alors ensemble les deux fils supérieurs et dans le mouvement qui a pour but la striction des fils on voit le rectum s'élever et venir prendre place en avant du coccyx auquel il va adhérer lorsque la striction sera complète (1).

1. Lors de sa première opération, M. le Dr Gérard-Marchant a su devoir assurer la fixation du rectum par deux ordres de su-

Il est bon que la traversée coccygienne du fil se fasse sur le point le plus élevé possible du coccyx (ou du sacrum si le coccyx a été réséqué) de façon à laisser la place aux autres fils et partant au rectum qui va être ainsi soulevé de point en point jusqu'au coccyx.

La striction des fils doit être opérée avec ménagement de façon à ne pas déchirer la paroi rectale. Il faut pour que l'opération soit bien conduite qu'après l'ascension du rectum il y ait un adossement face à face de la paroi postérieure du rectum et de la face antérieure du coccyx (1).

5° *Fermeture de la plaie.* — Avant de fermer la plaie il est bon de faire des sutures étagées et d'adosser les parties similaires. Les tissus fibreux et musculaires qui ont été sectionnés au commencement de l'opération sont rapprochés au moyen d'une suture en surjet faite à la soie.

Avant de réunir les lèvres de l'incision cutanée au moyen de crins de Florence, il sera prudent de placer

tures, la suture recto-coccygienne dont nous venons de parler et la suture recto-cutanée qui constitue le fond du procédé de M. Verneuil. Il a abandonné aujourd'hui cette dernière pratique, l'adossement recto-coccygien constituant un point d'appui solide et assuré par deux ou trois anses de fil de soie. La fixation cutanée devient dans ces conditions tout à fait superflue.

1. Il surgira autant de procédés que d'opérateurs pour fixer les fils au coccyx ou au sacrum. Nous avons déjà vu M. Reynier, M. Lefèvre, etc. La seule idée à retenir est la fixation stable du rectum.

un tout petit drain immédiatement au-dessous du coccyx qui se trouve constituer le point le plus déclive dans le décubitus horizontal (1).

Résultats immédiats. — Si l'opération a été régulièrement exécutée, il est possible de se rendre compte de la forme nouvelle qu'a prise la paroi postérieure ano-rectale.

A travers un anus diminué de calibre le doigt pénètre dans le rectum et sent une paroi postérieure tendue, soulevée, repliée en arrière vers le coccyx contre lequel elle est plaquée. On pourrait dire que le rectum forme par sa partie postérieure un angle coccygien ouvert en avant, les deux côtés du triangle étant l'un sus et l'autre sous-coccygien.

Suites opératoires. — Le premier opéré de M. Gérard-Marchant a suppuré; les deux autres ont guéri par première intention.

Pourquoi cette différence, étant donné que l'opérateur a été le même et que les précautions antiseptiques les plus minutieuses lui sont habituelles? La raison est facile à trouver: chez l'opéré de Lariboisière, le procédé suivi était celui de M. le professeur Verneuil; la plaie ano-rectale en communication avec l'incision ano-sacrée a été la porte d'entrée de l'infection.

Ce détail de technique opératoire est bien plus la

1. Le drainage est une pratique qui tend à disparaître avec les progrès de l'antisepsie; mais dans cette région où l'asepsie reste toujours douteuse, où une garde-robe dont on n'est pas le maître peut tout infecter, il est prudent, sinon indispensable, de placer un drain.

cause de la suppuration que l'intolérance du malade qui dès le second jour allait à la garde-robe (Obs. I). Aussi M. Gérard-Marchant a-t-il modifié sa technique et attribue-t-il une grande importance au tracé de l'incision qui permet d'agir sur la filière anale strictement en dehors sans établir aucune communication entre la cavité ano-rectale et l'incision des téguments.

Les suites opératoires sont des plus simples : pas d'élévation de température, pas de gêne de la miction; les douleurs sont modérées, et lorsque les sujets savent ne pas rester sur le dos et se placer dans le décubitus latéral droit ou gauche alternativement, ils arrivent à supprimer l'effet de la pression directe ou des tiraillements qui sont les seuls agents de la suppuration.

Il sera bon de constiper le sujet jusqu'au septième ou huitième jour (alimentation modérée, extrait thébaïque), de façon à permettre la cicatrisation profonde.

Au septième jour les fils cutanés seront retirés sans aucun inconvénient.

Le tube à drainage précocygien sera retiré le jour de l'ablation des fils; c'est à peine s'il aura laissé écouler un peu de sérosité rousse; mais cette sérosité a une odeur fétide et toute la partie plongeante du tube se trouve noircie.

Ces deux phénomènes ne doivent ni effrayer ni surprendre le chirurgien : ils sont le résultat de la filtration gazeuse qui s'exerce au voisinage de toute cavité intestinale.

Le tampon rectal de gaze iodoformée sera laissé pendant les trois ou quatre premiers jours, son action absor-

bante et occlusive étant des plus précieuses. Mais aussi pour que ce tampon soit maintenu sans douleur et ne provoque pas de contractions rectales, il devra avoir des dimensions moyennes, suffisantes pour obturer le rectum sans le distendre.

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

En présence de tous ces procédés, déjà nombreux, bien que nous n'ayons mentionné que les principaux, le chirurgien devra rechercher sur lequel d'entre eux il fera porter son choix, car chacun peut avoir, en présence d'un cas particulier, son utilité et sa valeur spéciales.

C'est en nous basant sur les données anatomiques et physiologiques résumées en tête de ce travail que nous allons essayer d'exposer les raisons qui devront servir de base à un choix judicieux.

Parmi les procédés qui s'adressent seulement à la partie prolabée, les premiers, que l'on pourrait appeler bénins (raies de feu, cautérisation par l'acide nitrique ou le nitrate-acide de mercure, excision de la muqueuse), nous paraissent surtout convenir au prolapsus muqueux : ils ont bien été appliqués par MM. Routier et Schwartz (1) à des prolapsus complets et volumineux, mais la malade de M. Routier a eu une récurrence, avec amélioration, il est vrai, au bout de 15 mois ; celui de M. Schwartz n'a été suivi que pendant un mois, et l'on ne peut pas savoir si la guérison s'est maintenue.

1. Thèse de Lyot. Obs. II et III.

Quant aux procédés d'ablation, ils trouvent leur indication formelle lorsque la tumeur est très volumineuse, enflammée, compliquée d'altérations profondes des tuniques, de dégénérescence néoplasique, ou encore lorsque son étranglement ou des adhérences empêchent absolument de pratiquer la réduction.

Mais appliquer ces procédés au traitement des prolapsus simples et réductibles nous paraît être un contre-sens; en effet, la résection, si elle supprime la partie prolabée, ne modifie en rien la cause elle-même du prolapsus, et ne présente par conséquent aucune garantie contre les récidives.

Parmi les 17 observations de résection rapportées par Lyot, outre un cas de mort survenue quelques heures après l'intervention (Auffret), deux malades ont été atteints de récurrence, l'un (Nélaton) au bout de huit mois, l'autre (Segond) après moins de deux ans; tous les autres ont été assez rapidement perdus de vue, sauf un seul, opéré par Mikulicz, qui était encore en bon état au bout de deux ans; mais il est bon d'observer que c'était un enfant de cinq ans chez lequel la muqueuse seule était prolabée (1), toutes conditions favorables à une complète guérison.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on sera forcé d'employer l'extirpation, on aura à choisir entre deux procédés, celui de Mikulicz et celui de M. Segond.

Ce dernier, plus simple et plus pratique, devra être le procédé de choix, à la condition toutefois que rien ne

1. Mikulicz. *Arch. für klin. chirurg.*, 1888.

puisse faire soupçonner l'existence d'une hydrocèle que l'on s'exposerait à suturer en même temps que la tumeur. En présence de cette complication, d'ailleurs assez rare, et d'un diagnostic relativement facile, le procédé de Mikulicz offrira toutes les garanties de sécurité; mais, encore une fois, l'extirpation devra être réservée aux cas de nécessité absolue, et on pourrait, à notre avis, la compléter par la fixation du rectum au moyen d'un des procédés décrits plus haut : on augmenterait ainsi dans une notable proportion les chances de guérison définitive.

Les procédés qui ont pour but de rétrécir l'anus et la partie inférieure du rectum (Roux et Robert, Duret, Schwartz, Lange), ne nous paraissent mériter qu'une médiocre confiance, car ils sont basés sur une connaissance incomplète des moyens de fixité de l'intestin et une appréciation erronée de leur valeur respective.

Nous avons vu, en effet, quel rôle secondaire jouent l'anus et le périnée dans la statique du rectum ; on peut donc vraisemblablement supposer qu'en cas de relâchement du groupe intra-pelvien, le rétrécissement artificiel du groupe inférieur sera impuissant à rétablir l'équilibre.

Les auteurs qui ont imaginé ces procédés opératoires ont cependant enregistré des guérisons dont une (1) s'était encore maintenue 28 mois après l'opération.

Il ne faut donc pas rejeter entièrement et de part pris l'anaplastie ano-périnéale et ano-rectale, pas plus que la rectorraphie suivant la méthode de Lange, mais on ne devra tenter ces opérations que pour des prolap-

1. Duret. *Journ. des sc. médic. de Lille*, 21 janvier 1887.

sus muqueux ou des prolapsus complets de petit volume, réservant la préférence pour les autres cas aux procédés de fixation, établis sur des données beaucoup plus rationnelles.

La *rectopexie postéro-inférieure* de M. Verneuil offre l'avantage d'être simple et d'une exécution facile et rapide; elle a aussi le mérite d'être chronologiquement la première méthode qui tienne compte de l'action fixatrice du groupe intra-pelvien et s'efforce d'y suppléer. Mais on peut lui opposer deux très sérieuses objections :

1° Outre que le rétrécissement que l'on fait subir au calibre du rectum est insignifiant, le point d'appui donné aux fils fixateurs est loin d'offrir toute la résistance nécessaire : la peau du périnée qui est déjà le plus souvent flasque chez les malades atteints de prolapsus, se laisse facilement distendre par les efforts expulsifs que subit le rectum et finit à la longue par céder entièrement.

2° On ne peut agir sur l'intestin que dans une étendue de 6 centimètres (espace qui sépare l'anus de la pointe du coccyx), et, dans des cas de prolapsus atteignant une longueur supérieure à ce chiffre, rien n'empêcherait que le rectum s'invaginât au-dessus de la partie fixée et vint de nouveau faire saillie en dehors de l'anus.

La rectopexie postéro-inférieure n'offre donc pas, malgré un cas de guérison *relative* (1) se maintenant encore un an après l'opération, de sérieuses chan-

1. Th. de Lyot. Obs. XXIV.

ces de succès ; on devra lui préférer l'opération de M. Gérard-Marchant, la *recto-coccy-pexie*, qui a sur elle l'avantage :

1° De donner au rectum un point d'appui solide, fixe, non extensible, le coccyx.

2° De le diminuer dans le sens longitudinal à l'aide de plicatures transversales et d'agir sur lui dans une étendue égale et même supérieure à 12 centimètres, ce qui assure la guérison du plus grand nombre des prolapsus.

3° Enfin, par le rétrécissement de l'anüs en bourse, de prévenir la production du petit prolapsus muqueux que l'on voit le plus souvent persister à la suite des autres procédés opératoires.

Est-ce à dire pour cela que la recto-coccy-pexie soit absolument à l'abri de toute critique ? Non, et on peut faire à cette opération les objections suivantes que nous allons examiner successivement.

1° Le prolapsus étant constitué par toutes les tuniques du rectum, on ne conçoit pas bien tout d'abord comment une opération qui ne porte que sur la paroi postérieure du rectum peut s'opposer à la chute de la totalité de l'intestin.

2° L'intestin n'étant fixé que par sa tunique celluleuse et musculuse, pourquoi la muqueuse ne continue-t-elle pas à prolaber ?

La première objection est sérieuse, et nous ne sommes pas surpris de voir l'opéré de M. Reynier (Obs. II) présenter un petit prolapsus antérieur post-opératoire. On peut penser cependant qu'un intestin pincé par un

point de sa circonférence ne présente pas de tendance à prolaber.

Toutefois il est un moyen de remédier dans une certaine mesure à ce vice de suspension : lorsque le rectum est découvert, il est facile de placer les fils destinés à la plicature et à la suspension du rectum, non plus sur la paroi postérieure, mais sur les parties latérales, ce qui assure une suspension bien plus efficace.

Si ces deux fils transverso-latéraux ne suffisaient pas, rien n'empêche de fixer encore le rectum par un fil médian postérieur.

A la deuxième objection on peut répondre que la recto-coccyxie vise les prolapsus totaux et non pas le prolapsus de la muqueuse, Or, dans le prolapsus total, toutes les tuniques prolabées se présentent en même temps, et lorsqu'une ou deux d'entre elles sont fixées, la troisième n'a aucune tendance à faire issue.

Ce raisonnement nous semble logique, et nous le soutiendrions avec conviction si nous avions des notions plus précises sur l'anatomie pathologique de ces prolapsus rectaux. D'ailleurs il est un point de l'opération qui vise absolument le prolapsus muqueux, c'est le rétrécissement en bourse de l'orifice anal.

La seule objection sérieuse à élever contre cette opération est sa jeunesse ; tiendra-t-elle toutes ses promesses immédiates, et dans une affection essentiellement récidivante, n'y aura-t-il pas à craindre que ce procédé comme ses devanciers, n'expose à quelque mécompte ? L'avenir seul pourra répondre à ces questions.

Reste le procédé de M. Jeannel, la *colopexie* avec anus iliaque.

Cette opération est assurément très rationnelle et compte à son actif une guérison qui paraît définitive.

Mais outre sa gravité considérable et le danger auquel expose la laparotomie, elle nécessite une double et quelquefois triple intervention; de plus, le traitement exige au moins plusieurs mois, et, en cas d'insuccès dans la fermeture de l'anوس iliaque, elle ne fait que substituer à une infirmité dégoûtante une autre plus odieuse encore.

Nous savons bien que M. Jeannel propose de s'en tenir à la colopexie simple, sans anus artificiel, mais il nous semble que c'est au moins autant en détournant le cours des matières et en évitant ainsi au rectum les tiraillements et les violences qu'en fixant le côlon à la paroi que M. Jeannel a pu guérir sa malade.

Pour ce motif la colopexie simple ne peut pas, à notre avis, remplacer la colopexie avec anus iliaque, et la tentative infructueuse faite par M. Verneuil ne fait que corroborer notre opinion à cet égard.

Nous concluons donc avec J. A. Gauthier que l'opération de M. Jeannel ne constitue qu'un pis aller qu'on ne doit accepter qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources chirurgicales, et qu'elle n'est indiquée que contre les prolapsus extrêmes, où l'S iliaque et le côlon font hernie à travers l'anوس, dans les cas de recto-colite ulcéreuse rebelle, où la suppression du passage des selles est une condition première de guérison.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

Extraite de la communication de M. Gérard-Marchant à la Société de Chirurgie le 31 décembre 1890.

X..., 45 ans, entré le 18 septembre 1890 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Berger, suppléé par M. le Dr Gérard-Marchant.

Ce malade est atteint depuis l'âge de 33 ans, c'est-à-dire depuis 12 années, d'un prolapsus du rectum survenu sans cause appréciable.

L'intestin ne s'échappe qu'au moment des efforts de la défécation, et il rentre ensuite assez facilement sous l'influence des manœuvres que fait le malade pour le réduire.

Le prolapsus est de 10 centimètres et le boudin saillant, rouge, oedématié, est formé par la totalité du cylindre rectal : les parois sont, en effet, épaisses, et à l'union de l'anus et du cylindre prolapsé il existe un sillon que l'extrémité de l'index peut parcourir.

La réduction de la tumeur facilement effectuée, l'anus se présente sous la forme d'une fente allongée; deux

doigts y pénètrent avec aisance, c'est-à-dire sans être serrés : néanmoins la tumeur reste réduite tant que le malade ne fait pas un grand effort.

Il est d'ailleurs utile de remarquer que cet homme est suffisamment vigoureux et que son périnée est encore résistant.

L'opération de recto-coccy-pexie fut pratiquée par M. Gérard-Marchant le 24 septembre 1890, d'après le procédé décrit par lui (1).

Les suites opératoires furent simples, malgré une diarrhée apparue le soir même de l'intervention ; mais comme on n'avait pas placé de drain entre le rectum et la peau réunie, on dut, quelques jours après l'opération, enlever un des fils voisins de l'anus pour évacuer une certaine quantité de pus.

Le 18 octobre 1890, le malade était entièrement guéri et ne présentait pas « l'ombre d'un prolapsus, même après la défécation. »

OBSERVATION II (inédite).

Communiquée par M. J. A. Gauthier, interne du service de M. le Dr Gérard-Marchant.

D... Jean-Firmin, âgé de 64 ans, boulanger, entré le 15 avril 1891, salle Malgaigne, lit n° 31.

Le malade étant sourd, on ne peut obtenir de lui que

1. *Bull. Société de chirurgie*, 1890, pages 830 et suivantes.

des renseignements très insuffisants sur la date de l'apparition du prolapsus.

Le prolapsus n'est pas permanent et se montre seulement à la suite d'efforts; il est complet; le boudin prolapsé mesuré environ cinq travers de doigt et il est séparé de l'orifice anal par un sillon assez profond.

Opération le 23 avril 1891 par la méthode de recto-coccy-pexie.

Remarque. — Les fils fixateurs ont été placés sans être conduits par le doigt introduit dans le rectum, de sorte que M. Gérard-Marchant n'est pas sûr d'avoir bien saisi la tunique musculuse de l'intestin.

Suites opératoires excellentes; réunion par première intention.

Actuellement (9 juin 1891) le prolapsus rectal s'est reproduit en partie, mais ce n'est plus un prolapsus complet comme avant l'opération; c'est seulement une légère hernie de la muqueuse, et le rétrécissement de l'anus en bourse, ainsi que le perfectionnement apporté au passage des fils par l'introduction de l'index gauche dans le rectum s'opposeront désormais (voir Obs. III) à l'issue de la muqueuse.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. Gérard-Marchant).

M. X..., 27 ans, officier de cavalerie, est atteint depuis l'âge de 7 ans d'un prolapsus rectal. L'intestin, nous

raconte le malade, sort au moment des garde-robes pour rentrer ensuite spontanément au bout de quelques instants sans nécessiter aucun effort de la part du patient. Chaque issue rectale est suivie d'une émission de mucus glaireux, visqueux, adhérent; cette rectité concomitante souille les linges du sujet. Cet état, qui dure depuis l'enfance, a amené chez ce jeune homme, d'ailleurs remarquable d'intelligence, un état d'hypocondrie et de nervosisme des plus accentués.

Aussi réclame-t-il vivement une opération qui le guérisse d'une infirmité dégoûtante et « qui l'oblige à vivre en paria. »

Le sujet est de petite complexion, maigre, anémié, agité, énervé.

A l'examen local on observe, au moment où l'on dit au malade de pousser, l'issue d'un boudin rectal de 7 à 8 centimètres de longueur. Les parois, à larges plicatures superposées et parallèles, turgescents, d'un rouge vineux, laissent échapper des glaires qui tombent en masses cohérentes au fur et à mesure du développement du cylindre.

Un orifice central répond à l'extrémité inférieure de la portion prolabée.

Si par cet orifice on introduit l'index de la main droite, on peut saisir entre ce doigt et le pouce la paroi prolabée et s'assurer de la grande épaisseur (près de 1 centimètre) des tissus interposés.

Ce symptôme, bien plus que l'existence d'un léger sillon séparant l'anus de la masse herniée, permet de penser qu'on est en présence d'un prolapsus total.

Ce qu'il y a de tout particulier dans ce cas, c'est l'existence d'un périnée fermé, solide, résistant, déprimé. L'anus est comme contracturé, plus que suffisant, puisque c'est à peine s'il admet le doigt, et on s'attendrait à trouver plutôt chez ce malade une fissure à l'anus qu'un prolapsus rectal.

Lorsque, l'index dans l'anus, on dit au malade de faire un effort, de pousser comme pour aller à la garde-robe, ce doigt subit de la part du sphincter une pression des plus sensibles, des plus vigoureuses, et, si le malade continue son effort thoraco-abdominal, si surtout on retire un peu l'index de façon à diminuer la pression sur le sphincter, on voit alors, entre l'index et la filière anale, apparaître un bourrelet rougeâtre qui se dégage insensiblement, repousse le doigt, et entraîne à sa suite le reste du prolapsus. Il y a à ce moment une expression des tissus repoussés par un anus contracturé : avec l'effort cesse la contracture anale et l'intestin remonte progressivement et assez brusquement pour reprendre sa place normale.

Ces détails qui se sont déroulés avec le même caractère chaque fois que le malade s'est soumis à notre examen nous portent à admettre qu'à côté des prolapsus survenant chez des gens âgés, à anus entr'ouvert, à périnée sans résistance, il faut faire une place à part à certains prolapsus se continuant depuis l'enfance chez des gens jeunes, vigoureux, qui expulsent leur rectum par un véritable effort musculaire. Aux premiers conviendrait le nom de prolapsus de faiblesse; aux seconds, celui de prolapsus de force.

L'explication de ce phénomène nous échappe encore, car nous n'oserions pas faire jouer un rôle à la musculature puissante que nous avons trouvée au cours de l'opération, doublant le cylindre rectal à sa partie inférieure.

Ce malade a été opéré en suivant point par point la technique opératoire exposée aux pages 27 et suivantes. M. le Dr Gérard-Marchant, se souvenant qu'il opérait un cavalier, a respecté le raphé périnéal.

Guérison complète en 3 semaines. Pas de récédive.

OBSERVATION IV

Thèse de Lefèvre, 1891, p. 60.

D... Bernard, 57 ans, ajusteur, entre à l'hôpital Tenon, salle Seymour, lit n° 8, le 5 janvier 1891.

Rien de particulier dans les antécédents, jusqu'en 1882. Vers le mois d'août de cette année, le malade eut deux abcès à l'anūs, chacun, dit-il, présentant environ la grosseur d'un petit œuf. Ces abcès s'évacuèrent seuls au bout de peu de jours. Mais la suppuration persista, et un mois après, le malade, voyant toujours son linge souillé de pus, se décida à entrer à l'hôpital de Douai.

On lui fit là une première opération sous le chloroforme pour le guérir de la fistule consécutive aux abcès. Il s'ensuivit une hémorrhagie artérielle (saccadée comme le pouls, dit le malade), hémorrhagie abondante qui survint une heure après l'opération.

La fistule ne s'améliora point et la suppuration resta

aussi abondante. Après un séjour de quatre mois à l'hôpital de Douai, le malade prit le parti de venir chercher la guérison à Paris, et au mois de janvier 1883, il entra à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le D. Gillette.

Là, il fut de nouveau opéré pour sa fistule que l'on reconnut être une fistule pelvi-rectale supérieure, remontant à une très grande hauteur, et bifurquée à sa partie inférieure, pour aboutir au niveau des deux abcès primitifs.

La malade quitta l'hôpital Tenon au bout de quatre mois. La suppuration était tarie, mais le malade commença à avoir de l'incontinence des matières fécales.

Malgré cela, jusqu'à la fin de 1887, c'est-à-dire pendant plus de quatre ans, le malade continua son métier d'ajusteur, obligé de changer souvent d'atelier à cause de son infirmité.

A la fin, n'y tenant plus, il entra en 1887, à l'hôpital de Lyon, où il se trouvait alors. On tenta une restauration de son sphincter anal, sans succès d'ailleurs. Presque aussitôt après, apparut un prolapsus du rectum, peu considérable d'abord, et qui augmenta progressivement.

Lors de son entrée à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le D^r Reynier, le 5 janvier 1891, son prolapsus mesurait 10 centimètres de long.

Au moindre effort de défécation, et même pendant la marche, le prolapsus se reproduisait, causant d'assez vives douleurs et parfois de petites hémorrhagies.

Le 15 janvier, 10 jours après l'entrée du malade,

M. Reynier fit la rectopexie dans les conditions suivantes : Après l'incision classique du procédé Verneuil, il tomba sur la paroi rectale postérieure qu'il fronça au moyen de fils superposés et passés dans le sens longitudinal, comme l'avait préconisé M. Gérard-Marchant.

Mais pour augmenter la hauteur sur laquelle il pouvait agir, il pratiqua la résection du coccyx et fixa le rectum au cartilage intermédiaire au sacrum et au coccyx. Les suites de l'opération furent irréprochables.

Au 11 février, l'état du malade est le suivant : le prolapsus n'existe plus ; le rectum est fixé au sacrum.

Il en résulte un *infundibulum interfessier* au fond duquel on aperçoit la muqueuse rectale. La portion antérieure de cette membrane est renversée sur l'orifice qu'elle obture, mais sans faire hernie à l'extérieur.

La défécation se fait à intervalles de 24 heures environ. Le besoin est assez pressant, mais dans l'intervalle, il n'existe pas d'incontinence des matières.

Depuis deux jours le malade est porteur d'une pelote à prolapsus.

OBSERVATION V

Ricard. Gazette des hôpitaux, 2 juin 1891.

Le nommé Auguste L..., exerçant la profession de puisatier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 25 mars 1891 ; il est couché au n° 7 de la salle Broca.

C'est un garçon de trente-deux ans, plutôt petit, mais

de bonne constitution et de bonne santé générale. Il y a un an ce malade a déjà été soigné par M. Delens pour un prolapsus considérable du rectum. On a eu recours à la cautérisation par les acides.

La guérison fut de courte durée, et, quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, le malade vit reparaître peu à peu son prolapsus.

Aujourd'hui la portion du rectum qui sort par l'anus présente à peu près le volume et la forme du poing. Ce prolapsus est facilement réductible ; mais, au moindre effort, à la moindre tentative de défécation, le prolapsus se reproduit. La muqueuse rectale présente une coloration rouge vineuse, mais nulle part on ne constate d'ulcération. Le sphincter anal, très dilaté, laisse, après réduction de la tumeur, pénétrer facilement deux doigts.

L'opération est pratiquée le 28 mars par M. Ricard. Après anesthésie chlorforomique, le malade est placé dans le décubitus latéral droit, la jambe droite allongée sur le lit, le membre gauche fléchi sur l'abdomen. Le rectum est réduit par un aide, et une incision médiane part de l'anus pour remonter jusqu'à la moitié de la hauteur du sacrum. Les lèvres de l'incision étant disséquées, le coccyx et l'extrémité inférieure du sacrum isolés, on découvre facilement le rectum, qui est mobilisé. Quatre plis transversaux sont alors faits à la surface extérieure du rectum et assujettis avec du catgut ; le cylindre rectal se trouve ainsi raccourci et épaissi. C'est dans ces conditions que, à l'aide de nouvelles anses de catgut, le rectum est soulevé et fixé au tissu fibreux

des bords latéraux du sacrum et du coccyx, à droite comme à gauche.

Pendant tout cet acte opératoire, la perte de sang a été minime. Aucun point de suture ne paraît avoir perforé toute l'épaisseur des parois et pénétré dans la cavité rectale.

La peau est suturée au crin de Florence, dont quelques anses profondes rétrécissent la partie postérieure de l'anus. Une mèche de gaze iodoformée est maintenue dans la plaie. Pansement iodoformé.

Le soir, rétention d'urine; cathétérisme avec la sonde n° 17. La rétention persiste quarante-huit heures. L'opium est administré à la dose de dix centigrammes par jour jusqu'au 4 avril, puis à 5 centigrammes seulement à partir du sixième jour après l'opération. Le 8 avril, dix jours après l'opération, le malade a eu une première selle très abondante. Le rectum n'a pas bougé.

A partir de ce jour, les selles s'établissent régulièrement; la fixation paraît définitive.

Il faut noter qu'une suppuration très légère s'est manifestée dans la plaie le deuxième jour qui suivit l'opération. Le malade, tourmenté par des gaz, et craignant d'aller à la selle, avait défait son pansement. Aussi, le troisième jour, la température atteignit 38°,4 pour redevenir normale aussitôt après le premier pansement.

Le malade fut tenu en observation jusqu'au 13 mai, bien qu'il fût guéri depuis longtemps déjà. A aucun moment le prolapsus ne s'est reproduit.

OBSERVATION VI

(*James Bell. Annals of Surgery. May 1891. London.*)

Malade exerçant la profession de palefrenier, porteur depuis très longtemps d'un prolapsus complet du rectum.

Opération le 2 mai 1890 par le procédé suivant : Incision en V ayant son sommet à la pointe du coccyx et sa base répondant à la partie postérieure du sphincter anal.

Cette base a une étendue de 1 pouce $\frac{1}{2}$ à 2 pouces. On enlève le lambeau circonscrit par cette incision.

Un autre V fut ensuite enlevé sur la partie postérieure du rectum ; le sommet de ce V est à une hauteur de 4 travers de doigt au-dessus de l'anus, et sa base est la même que celle du V précédent.

Cela fait on réunit par des sutures les lèvres de la plaie opératoire, et les deux extrémités du sphincter sectionné sont rapprochées à l'aide de la soie phéniquée ; un drain est placé au fond de la plaie et va sortir au niveau de la pointe du coccyx. Pansement antiseptique. Pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération il y eut une inflammation considérable du rectum et des parties environnantes, et il s'établit une petite fistule qui persista assez longtemps ; la guérison était cependant complète au bout de 12 semaines, et le malade, revu le 28 novembre 1890, avait repris depuis deux mois son métier pénible de palefrenier sans avoir aucune tendance à la récurrence.

CONCLUSIONS

1° Contre les prolapsus de petit volume et de date récente, on devra essayer d'abord les procédés simples, de préférence les cautérisations ignées et l'anaplastie recto-périnéale, mais sans fonder de sérieuses espérances sur ces opérations qui ne peuvent être efficaces que contre les prolapsus muqueux.

2° A la moindre récurrence, ou si l'on se trouve en présence d'un prolapsus déjà ancien, il faudra sans hésiter recourir aux procédés de fixation.

3° La *recto-coccy-pexie* est une excellente opération, facile et sûre ; elle devra toujours être le procédé de choix.

4° En cas d'insuccès de cette opération (et sur les cinq observations que nous avons recueillies il n'y a encore aucune récurrence), mais dans ce cas seulement, on pourra se résoudre à la colopexie, opération grave, et d'ailleurs encore insuffisamment éprouvée.

Vu par le président de la thèse,
LE DENTU

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLINGHAM. — Trait. des maladies du rectum. Trad. par Poinsoy, Paris, 1877.
- AUFFRET. — Progrès méd., 1882, p. 650.
- BARCKER. — Soc. Roy. de Londres, Sem. méd., 1887, n° 20, p. 207.
- BAREZ. — Journal für Kinderkrankheiten, B. III.
- BELL (James). — Annals of surgery. London, may 1891.
- BLANDIN. — Ancien dict. de méd. et de chir. pratiques, article Rectum.
- BOUTIE. — De la chute du rectum et de son traitement. Th. de Paris, 1873.
- BOECKEL (E.). — Rev. de chir., 1885, p. 38.
- BOUCHUT. — Trait. des maladies des enfants, p. 649.
- BOYER. — Maladies chirurgicales. Paris, 1849, t. IV, p. 569.
- BROCA (A.). — Gazette hebdomadaire, 1889, n° 44, p. 706.
- BRODIE. — Medical Times and Gazette, 25 novembre 1854.
- VAN BUREN. — Trait. des maladies du rectum.
- CAZALS. — Bul. Soc. anat., 1888, p. 4.
- CECCHINI. — La Rassegna, di sc. med. Modène, mars 1886.
- CHASSAIGNAC. — Opér. chirurg., t. II, p. 710.
- COLEY (J. M.). — Journal für Kinderkrankheiten. Bd, II.
- CRUVEILHIER (J.). — Anatom. patholog., t. I, p. 547.
- CURLING. — Trait. des malad. du rectum.
- DECAMPS. — Invagination rectale, hernie par l'anus de 15 centimètres d'intestin, sonde à demeure. Elimination de la partie herniée. Guérison. Gaz. méd. de Picardie, août 1889.

- DELENS. — Gaz. des Hôp., 1884, et Soc. de chirurg., novembre 1889.
- DELPECH. — Mémorial des hôpitaux du Midi, 1830.
- DEMARQUAY. — Journ. des con. méd., ch., 1854.
- DESAULT. — Traité des mal. chirurg. Paris, 1739.
- DETOURBE. — Th. Paris, 1860,
- DITTEL. — Wiener med. Woch., 1883, n° 18.
- DUCHAUSSEY. — Arch. génér. de méd., 1853, t. II, p. 320.
- DUPUYTREN. — Clinique ch., t. IV, p. 149.
- DOWELL. — Journ. de chirurg., 1855.
- DURET. — Journ. des Sc. méd. de Lille, 21 janvier 1887.
- ESMARCH. — Deutsche chirurg., 1887, heft 48, p. 163.
- FABR. D'AQUAPENDENTE. — De ano procidente, p. 583.
- FABR. DE HILDEN. — Obs. chirurg. centur., 3.
- FERRAND. — Gaz. hebdomadaire, 1880.
- FISCHL (A.). — Der prolapsus recti, etc., Zeitschrift für Heilkunde, 1889, t. IX, p. 163.
- FREMY. — De la suture du périnée comme moyen de guérison du prolapsus du rectum. Th. Paris, 1843.
- GAUTHIER (J. A.). — Gazette des hôpitaux, 2 mai 1891.
- GÉRARD-MARCHANT. — Bull. de la Société de chirurgie, 31 décembre 1890.
- GERVAIS. — Journ. des con. méd. ch., t. IV, p. 67.
- GIRALDÈS. — Leçons clin. sur les maladies des enfants. Paris, 1869, p. 789.
- GORSKI. — Centrabl. für chirurg., 1888.
- GOSSELIN. — Clin. de la Charité, t. III, p. 95.
- GROSS. — Trait. chirurg. du prolapsus grave du rectum. Sem. méd., 1889, n° 7, p. 49.
- GUERSANT. — Notice sur la chirurgie des enfants, 1864, p. 67.
- HARRISON CRIPS. — Diseases of the rectum and anus.
- HEY. — Practical observation of surgery, p. 443.

- HOCHENEGG. — Beiträge zur chirur. des Mastdarmfalles,
Wiener Klinische Wochenschrift, 1889, n° 16, p. 537.
- JEANNEL. — (Rapport sur une obs. de) par le prof. Verneuil;
nouvelle opération pour les formes graves du pro-
lapsus rectal. Bull. Acad. de méd., 1889, n° 40.
- JETTE. — Th. Paris, 1882.
- JOESCHE. — Journ. des con. médico-ch., 1846, t. XVI, p. 253.
- JOHNSON. — Méd. Times and Gazette, 25 nov. 1854.
- KEHRER (F.-A.) — Deutsche medicinische Wochenschrift,
1880, n° 33.
- KELSEY (Ch.-B.) — The Pathology Diagnosis and treatment
of diseases of the Rectum and anus. London, 1884.
- KLEBERG. — Ueber die Anwendung der elastischen Ligatur,
etc. Arch. für Klin. Chir., 1879, t. XXIV, p. 840.
- KUHNE. — Verhandlungen der Kh. Gesellschaft der Aerzte in
Wien., 14 janvier 1887.
- KUMPF. — Wien. Klin. Wochenschrift, 1889, nos 36 et 37.
- LEFÈVRE. — Th. de Paris. 1891.
- LYOT. — Th. de Paris, 1890.
- LANGE. — New-York med. Journal., 1887, 19 févr.
- LEPELLETIER (de la Sarthe). — Des hémorroïdes et de la chute
du rectum. Th. de concours, Paris, 1835.
- MENNE. — Contrib. à l'étude du prolapsus du rectum. Th.
Paris, 1889, n° 387, p. 43.
- MIKULICZ. — 17^e Congrès de la Soc. allem. de Chirurg., 7 avril
1888, à Berlin. Beilage Centralblatt für Ch., 1888, n°
24, P. 53.
- MOLLIÈRE (D.). — Mal. de l'anus et du rectum, p. 192 et suiv.
- NÉLATON. — Path. chirurg., t. V.
- NICOLADONI. — Wied med. Presse, 1885, n° 26.
- NICOLAYSEN. — Jahrsberichth von Virchow und Hirsch., 1885,
t. II, p. 386.

- QUAIN. (R.) — The diseases of the Rectum. London, 1855.
- O'CONNEL RYE. — Prolapsus du rectum. Amputation. Guérison. *Lancet*, 10 juillet 1887.
- PÉAN. — *Gaz. des hôp.*, 5 mai 1889.
- BRÉARD. — *Gaz. des hôp.*, 1833, p. 182.
- RIZOLLI. — *Clin. chirurg.*, trad. par Andrini. Paris, 1872, p. 451.
- ROBERT. — *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1843, t. X, p. 88.
- SAVIARD. — *Obs. ch.*, p. 55.
- SABATIER. — *Méd. opérat.*, t. III, p. 682.
- DE SAINT-GERMAIN. — *Lec. clin. sur la chir. des enfants.* Paris, 1884, p. 614.
- SMITH. — *The Surgery of the rectum*, 3 édit. Londres, 1871.
- SCAWARTZ. — *Congrès français de chirurg.*, 1889, Paris.
- STEINBACH. — *Ueber die Behandlung des Mastdarmvorfalles mit Ergotin.* Inaugural dissertation. Berlin, 1876.
- TRÈVES. — *The Lancet*. Fev. 1890. p. 453.
- VIDAL. — *Paris méd.*, 1879.
- WEINLECHNER. — *Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wienn*, 2 avril 1886.
- WOLKMANN. — *Ueber die Behandlung der Prolapsus ani invaginati.* Berl, Klin. Wochensch., 1889, p. 994.
- WOODS. — *Dublin Quaterly journal of medical sciences*, août 1859.

